

Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği

View of the Patient Rights Committees of the Hospitals on Applications Including Communication Problems: Sample of Konya Hospitals

Ayhan ULUDAĞ^a

^aKonya İl Sağlık Müdürlüğü,
Hasta Hakları İl Koordinatörü,
Konya

Geliş Tarihi/Received: 10.12.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 26.05.2010

Tebliğ edilen Kongre:

1. Uluslararası Hasta Hakları Kongresi
11-14 Kasım 2009,
Sözel sunum gerçekleştirildi, özet kongre
kitabında yayınlandı.

(Sağlık Akademisyenleri Derneği (S.A.D),
Oklahoma Üniversitesi, USA ve World
Congress tarafından düzenlenen,
Hasta Haklarını Savunma Araştırma ve
Geliştirme Derneği (HAKSAD) tarafından
desteklenen 1. Uluslararası Hasta Hakları
Kongresi 11-14 Kasım 2009' da Antalya
Belek'te yapıldı. Kongreye Başkent
Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Seval AKGÜN
ve Oklahoma Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Merkezi ve ABD Sağlık Hizmetleri Kalite
Enstitüsü Dekan Yardımcısı Prof.Dr.A.F.
AL-ASSAF başkanlık yaptı.

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ayhan ULUDAĞ
Konya İl Sağlık Müdürlüğü,
Hasta Hakları İl Koordinatörü, Konya,
TÜRKİYE/TURKEY
ayhanuludag@yahoo.com

ÖZET Amaç: Araştırma, hasta haklarının devlet hastanelerinde uygulamasına dönük çalışmayı kapsamaktadır. 2005 yılında yayınlanan "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi" çerçevesinde hastanelerde oluşturulan "hasta hakları kurulları"nın iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışının araştırılması amaçlandı. **Gereç ve Yöntemler:** Konya Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğünün denetiminde olan 23 hastane hasta hakları birimine, 01.05.2008 ile 30.04.2009 tarihleri arasındaki bir yıllık süreçte yapılan 577 başvuru değerlendirmeye alındı. Başvuruların kategorize edilmesinde sistemin kendi verilerinin yanı sıra, içerik analizi yöntemi de kullanılarak, yeni kategoriler oluşturuldu. Başvurular, 11 kategoride sayısallaştırılarak SPSS 12 programıyla analiz edildi. Veriler betimleyici istatistikler ve ki-kare analizleri doğrultusunda yorumlandı. **Bulgular:** Konya'da araştırma döneminde en çok poliklinik hizmetlerinden (%40) şikayet olurken bunu ilk ve acil yardım (%17.9) şikayetleri takip etmektedir. Şikâyet içeriklerine göre en büyük sorun (%40.4) iletişim kaynaklıdır. Bunu tıbbi sorunlar (%17.9), hizmete erişememe (%14.7), işletme sorunu (%14.2) izlemektedir. Kurula giren başvuru dosyalarının %24.6'sı hasta lehine sonuçlanmıştır. Hastanın aleyhine sonuçlanma oranı ise yarıdan (%62.7) yüksektir. İçeriğe göre başvuru konusu ile kurulların verdiği kararlar arasında anlamlı ilişkiler elde edildi. İletişim sorununun %74'ü hasta aleyhine çıkmıştır ki diğerlerine göre en yüksek orandır. **Sonuç:** İletişim sorunu içerikli başvurular toplam başvurular içinde en fazla orana sahip olmasına rağmen, kurullarda hasta lehine sonuçlanma oranı düşük durumdadır. Bu durumun nedenleri şu şekilde sıralanabilir: -Kurulların yapısından kaynaklanabilir, -İletişim sorunları genelde soyut olduğu için ispatlanması zor olmaktadır, - Çoğu zaman olayların tıbbi boyutu ön planda tutuluyor olabilir. Sonuçlar göstermektedir ki, sağlık personelinin gerek okul döneminde gerekse de mezuniyet sonrası hasta ve yakınlarıyla doğru bir iletişim kurmasına dönük olarak eğitim çalışmalarına daha fazla yer verilmedi.

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları; iletişim

ABSTRACT Objective: This survey includes the study of patient rights pertaining to their practices in state hospitals. Investigation of the view of 'patient rights committees' established in the context of 'Patient Rights Practice Instructions' published in 2005 on applications including communication problems was aimed. **Material and Methods:** A total of 577 applications between 01.05.2008 and 30.04.2009 to the patient rights units of 23 hospitals under governance of Konya Health Management Patient Rights Province Coordinator were evaluated. New categories were developed using content analysis for categorization of the applications besides the data of the system. Applications were analyzed using SPSS 12 program by being quantified in 11 categories. Data were interpreted using descriptive statistics and Chi-square analysis. **Results:** Complaints were mostly about outpatient clinic services (40%) followed by complaints about emergency and first aid services (17.9%) in Konya during aforementioned period. The most important problem was communication oriented (40.4%) in terms of complaints. Medical problems (17.9%), difficulties in reaching services (14.7%) and management problems (14.2%) followed this. Of the application files evaluated by the committee, 24.6% were decided against the patients. The ratio of the files resulted against the patients were more than half (62.7%). There were significant relationships between application reasons and decisions made by the committees. 74% of the complaints about communication problems resulted against the patients and this is the highest ratio when compared to others. **Conclusion:** Although applications including communication problems have the highest ratio among total applications, ratio of making a decision in favor of the patients is low. The reasons for this can be stated as following: - It can be based on the structure of the committees, -Communications problems are hard to be proven as they are generally intangible, - Medical aspects of the events can be kept in the forefront. The results have shown that more and more educational programs should be placed in order for the health personnel to be able to communicate properly with a patient and his/her relatives, not just during the school period but after the graduation as well.

Key Words: Patient rights; communication

doi:10.5336/medsci.2009-16481

Copyright © 2011 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(3):653-63

Modern anlamda hasta haklarını ele alan Tevfik Özlü, hasta haklarını insanlığın ortak akıl ve vicdanının ürünü olan değerler olarak görmektedir. Hasta haklarını oluşturan değerleri de; kişinin sağlığını koruyup geliştirebilmesi, sağlık politikalarının oluşumuna katılım ve denetlemesi, saygı ve şefkat görmesi, hizmetten genel ve eşit olarak yararlanması, hekimini ve sağlık kurumunu seçmesi, özenle ve doğru teşhis ve tedavi olması, bilgilenmesi, tıbbi kayıt ve dokümanlara ulaşması, aydınlatılmış rıza vermesi, tedaviyi reddetmesi, tıbbi araştırmalardan korunması, eğitim çalışmalarına katılmaya zorlanmaması, güvenlik ve konfor içerisinde hizmet alması, moral ve manevi destek alabilmesi, refakatçi ve ziyaretçi bulundurması, mahremiyetin korunması, şikâyetçi olma ve zararını tazmin etmesi ile onurlu bir biçimde ölme hakkı şeklinde başlıklar halinde sıralamaktadır. Aslında oldukça geniş bir yelpazeye yayılmış olan bu haklarla ilgili fiili uygulamalarda ortak algı oluşma sancısı yaşanmaktadır.¹

Hastanelerde hasta hakları kavramını incelerken, hastanelerin çalışma sistemlerinin göz önüne alınması, farklı açılardan irdelenmesi anlaşılabilirlik için son derece önem taşımaktadır. İlk hastaneler, yoğun ve karmaşık bir yapılanma içerisinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu yoğunlukta sağlık personeli ile hastalar arasında bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların birçoğunu da yoğunluktan kaynaklanan iletişim kuramama sıkıntıları oluşturmaktadır. Hastanelerin 24 saat kesintisiz hizmet veren bir kurum olmasının yanında hizmet alanların daima herhangi bir sağlık sorunuyla gitmesi de diğer bir faktördür.

Bu aşamada bir başka açıdan bakıldığında sağlık hizmetleri örgütleri genellikle hastanın klinik bakımı üzerinde yoğunlaşarak diğer şeyleri çoğu zaman ihmal etmektedirler.² Oysa herkes tarafından kabul gören hasta hakları değerleri genelde klinik sağlık hizmeti sunumu öncesi, uygulama aşaması ve sonrasındaki iletişim, saygı, onam, red vb. gibi faktörleri de kapsamaktadır. Hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliğinin temel değişkeni klinik hizmetler gibi gözükse de, klinik hizmetlerin kabul veya reddi çoğu kez diğer faktörlerle ilgilidir. Fakat göz ardı edilmemesi gereken durum has-

tanelerin hasta merkezli yönetilmesinin önemidir. Hasta memnuniyetinin temel odak noktası olan sağlık bakım kalitesi konusunda yapılan uluslararası araştırmalar göstermektedir ki, salt hasta memnuniyeti odaklı hizmetlerde hastaların medikal ihtiyaçları arka plana itilebilmekte ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde de hasta istek ve beklentileri ihmal edilebilmektedir.³ Bu iki hassas durumu dengeli bir şekilde yürütmek hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemlidir.

Hastalarla iletişim boyutuna bakıldığında, kişisel farklılıkların önemi ortaya çıkmaktadır. Sağlık iletişimde kişisel faktörler hastanın iletişimin sivilini etkileyebilmektedir.⁴ Bu nedenle hastalarla olan iletişimde sağlık personelinin genel bir iletişim davranışı göstermesinin yanında, karşısındakinin kişisel farklılıklarını da göz önüne almalıdır.

Çalışmada sağlık personeli-hasta ilişkisindeki sorunların tespiti ve sonrasında hasta hakları kurullarında görüşülen iletişim kökenli başvurulara yaklaşımın belirlenmesi için hasta hakları başvuru sistemindeki şikâyetlerin içerik analizine tabi tutulması, hasta şikâyet nedenlerinin belirlenmesinin ardından hasta hakları kurul kararlarının şikâyet içeriğiyle anlamlı bir ilişkisi olup olmadığının irdelenmesi ve hasta hakları kurullarının yapısı ile ilgili eleştiri ve önerilerin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Konya Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğünün denetiminde olan 23 hastane hasta hakları birimine, 01.05.2008 ile 30.04.2009 tarihleri arasındaki bir yıllık süreçte yapılan başvurular ve bunların kurul sonuçları değerlendirmeye alındı. Bu süreçte 577 başvurunun yapıldığı görüldü ve sistemden tek tek incelenerek araştırmaya tabi tutuldu.

Bu sonuçların incelenmesinde içerik analizi yöntemi kullanıldı. Analizin kategorize edilmesinde sistemin kendi verilerinin yanı sıra içerikler değerlendirilerek yeni kategoriler oluşturuldu ve başvurular 11 kategoride sayısallaştırıldı. Kategoriler, "sisteme göre başvuru birimi, sisteme göre baş-

vuru konusu, içeriğe göre başvuru konusu, sisteme göre kurul sonucu, birleştirilmiş kurul sonucu, kapsam dışı nedenleri, başvuranın cinsiyeti, hakkında başvuru yapılan kişinin cinsiyeti, başvuru yapılan il merkezi/ ilçe hastaneleri durumu, başvuruların yapıldığı ayların durumu, başvuru yapılan görev/meslek durumu” başlıkları ve bunların alt seçeneklerinden oluşturuldu.

Çalışmada içerik analizi yönteminin seçilmesi, şikayetlerin artık somut bir hale bürünmüş durumda olması ve sorunların belirlenmesine dönük daha objektif veriler sunacağıdır. Yine sorunların belirlenmesinde hasta tutumlarının değil, hasta davranışlarının irdelenmesinin çalışmaya avantaj sağlayacağı düşünülmüştür. Hasta şikayet nedenlerinin belirlenmesinin ardından hasta hakları kurul kararlarının şikayet içeriğiyle anlamlı bir ilişkisi olup olmadığının irdelenmesi hedeflenmiştir.

İÇERİK ANALİZİ

Çalışmada kullanılan içerik analizi (content analysis) daha çok sosyal bilimlerin iletişime dair alanlarında konu çözümlemesi için kullanılmaktadır. Bu konuda Niyazi Karasar,⁵ “Belgesel Tarama Yöntemi” ana başlığı altında iki alt türü “genel tarama” ve “içerik analizi” olarak ele almaktadır. İçerik analizini ise “belli bir metnin, kitabın, belgenin, belli özelliklerini sayısalılaştırarak belirleme amacı ile yapılan bir tarama” olarak tanımlamaktadır. Yine belgelerdeki belli bakış açıları, felsefeler, dil, anlatım vb. özellikler, derinliğine ve belli ölçütlere göre yapılacak çözümlemelerle anlaşılabilirliğine değinmektedir.⁵

Araştırmacı Orhan Gökçe⁶ de içerik analizinin konusunu genelde; kamusal iletişimin, söylemlerin çözümlenmesi şeklinde belirtmektedir. Gökçe’ye göre içerik analizi yöntemi bir takım nicel ve nitel göstergelerden hareketle, içerikten elde edilen bilgilerin ötesinde bazı sonuçlara ulaşmayı amaçlamaktadır. Araştırmacı, mantıksal bir biçimde tümünden-gelim, eşdeyişle çıkarım sayesinde, içeriklerde gözlenen sonuçlardan, aynı metindeki göstergelerden hareketle, doğrudan gözlemlenemeyen etkenlere yorum getirmeye ilişkin bilgiler elde etmeye çalışır. Bu özellik, içerik analizini birçok yöntemden ayıran en temel özelliktir.⁶

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sonuçlar sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkileri incelemede kontenjans katsayısı (c) kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 12.0 istatistiksel paket program kullanıldı ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

BAŞVURU NEDENLERİ

Başvurular sistemdeki verilere göre tablolaştırıldı gibi başvuru içerikleri incelenerek yeniden sınıflandırıldı. Bu çalışmada özellikle içeriğe göre yapılan kategoriler dikkate alındı. Başvuru konusu içeriğe göre yeniden düzenlendi.

Sisteme göre en çok başvuru (%40) poliklinik hizmetlerine yapılmıştır. Bunu acil yardım hizmetleri (%17.9), diğer (%16.3) ve klinik hizmetler (%12) izlemektedir (Tablo 1).

Bu çalışmada başvuruların içeriğine göre yeni sınıflandırmalar oluşturulmuştur. Sisteme göre yapılan işaretlemelere nazaran epey farklı bir kategoride değerlendirilen “içeriğe göre başvuru konuları”nda en büyük oranı (%40.4) iletişim sorunu oluşturmuştur. İletişim sorununu sırasıyla tıbbi sorunlar (%17.9), hizmete erişememe (14.7), işletme sorunu (%14.2), diğer sorunlar (%8), bilgi-işlem sorunları (%2.9) ve kırtasiyecilik (%1) şeklinde takip etmektedir. Sisteme göre ise, en büyük sorun hiz-

TABLO 1: Sisteme göre başvuru birimi.

	n	%
Poliklinik hizmetleri	231	40.0
Acil ve ilk yardım	103	17.9
Klinik hizmetler	69	12.0
Laboratuvar/ Görüntüleme merkezleri	37	6.4
Halkla ilişkiler ve iletişim	16	2.8
Ameliyathane	13	2.3
Yoğun bakım	7	1.2
Otelcilik	5	.9
Sosyal hizmetler	2	.3
Diğer	94	16.3
Toplam	577	100.0

metten faydalanamama (%40.9), saygınlık ve rahatlık görememdir (%33.8) (Tablo 2). Her iki tabloya bakıldığında aslında ön plana çıkan hizmetin tıbbi olmayan yönlerinin daha çok şikayete konu olmasıdır. Tüm başvurular içerisinde tıbbi sorunlar beşte birinden daha az bir yeri teşkil etmektedir.

KURUL SONUÇLARI

Kurul sonuçları hem sisteme göre ayrı ayrı ele alınmış hem de bazı seçeneklerin içerikleri incelenerek hasta lehine ve aleyhine şeklinde birleştirilerek tablolaştırılmıştır.

Kurula girmiş başvurular değerlendirildiğinde başvurularının %60.9'u "hasta hakları ihlali yok" olarak değerlendirildi. İhlal var oranı ise % 13,6'dır. Tüm başvuruların %26.3 gibi bir oranın kapsam dışı kalması dikkate değer bir konudur (Tablo 3). Çalışmanın ileriki bölümlerinde kapsam dışı seçeneğinin nedenleri analiz edilecektir.

Kurul sonuçları "hasta hakları ihlali var", "sistemden kaynaklanan durum", seçeneklerinin tamamı ve "diğer" seçeneğinin içeriğine göre bazı sonuçlar hasta lehine değerlendirilerek yeniden bir sınıflama yapılmış ve birleşik sonuç elde edilmiştir. Buna göre kurula girmiş başvuruların %24.6'sı hasta lehine sonuçlanmıştır. Diğer sonuçlar hasta aleyhine (%62.7), teknik konu (%9.6), her iki tarafta suçlu (%3.1) şeklinde sonuçlanmıştır (Tablo 4).

Tüm başvuruların neredeyse dörtte birini oluşturan kapsam dışı kalan başvuruların içeriği incelendiğinde dikkat çekici sonuçlara ulaşıldı. En büyük kapsam dışı nedeninin, başvurunun hasta ve yakınları tarafından geri çekilmesi (%30.9) olduğu görüldü. Bunu hastaların internet üzerinden yaptığı başvurularda yanlış kuruma giriş yapmaları (%20.4) takip ederken, başvuru konusu ile ilgili idari ve adli kovuşturma başlamış olmasından dola-

TABLO 2: Sisteme ve içeriğe göre başvuru konularının dağılımı.

Sisteme göre başvuru konusu			İçeriğe göre başvuru konusu		
	n	%		n	%
Hizmetten faydalanamama	236	40.9	İletişim sorunu	233	40.4
Bilgilendirilmeme	27	4.7	Kırtasiyecilik	6	1.0
Sağlık kuruluşunu ve personelini seçme ve değiştiremememe	5	0.9	İşletme sorunu	82	14.2
Mahremiyete uyulmama	3	0.5	Bilgi-işlem sorunları	17	2.9
Aydınlatılmış onam alınmaması	2	0.3	Hizmete erişememe	85	14.7
Güvenliğin sağlanmaması	6	1.0	Tıbbi sorunlar	103	17.9
Saygınlık ve rahatlık görememe	195	33.8	Diğer sorunlar	46	8.0
Ziyaretçi ve refakatçi bulunduramama	1	0.2	Teşekkür	5	0.9
Başvuru ve dava edememe	6	1.0	Toplam	577	100.0
Diğer	96	16.6			
Toplam	577	100.0			

TABLO 3: Sisteme göre kurul sonucu.

	n	%	Kurula girmiş başvuru yüzdesi (%)
Hasta hakkı ihlali yok	259	44.9	60.9
Hasta hakkı ihlali var	58	10.1	13.6
Teknik konu	40	6.9	9.4
Sistemden kaynaklanan sorun	38	6.6	8.9
Adli konu	5	0.9	1.2
Diğer	25	4.3	5.9
Toplam	425	73.7	100.0
Kapsam dışı	152	26.3	
Genel Toplam	577	100.0	

TABLO 4: Birleştirilmiş kurul sonucu.

	n	%	Kurula girmiş başvuru yüzdesi (%)
Hasta aleyhine	262	45.4	62.7
Hasta lehine	103	17.9	24.6
Teknik konu	40	6.9	9.6
Her ikisi suçlu	13	2.3	3.1
Toplam	418	72.4	100.0
Kurula girmemiş	159	27.6	
Genel Toplam	577	100.0	

yı birimlerce kapsam dışına alınma (%19.1), yönergeye göre eksik kayıt (%15.2), diğer nedenler (%11.8), mükerrer kayıt (%2.6) şeklinde takip etmektedir (Tablo 5). Aslında başvuruyu geri alma olayı hastaların önemli bir kısmının istenildiği takdirde ikna edilebileceğini veya yanlış anlamaların düzeltilebileceğini ortaya koymaktadır.

BAŞVURULARDAKİ BAZI ÖZELLİKLER

Tablo 6'ya göre Konya ilinde erkekler (%66.6) kadınlara (%33.4) göre daha çok başvuru yapmaktadır. Yine en çok erkek sağlık personeli hakkında başvuru yapılmıştır. Sonuçlar başvuru yapan hasta ve yakınını kapsamaktadır, sorun yaşayan hasta cinsiyetini değil. Bu nedenle en çok erkek hastalar sorun yaşıyor diye tanımlanması eldeki verilere göre mümkün değildir.

Tablo 7'ye göre bakıldığında Konya il merkezindeki hastanelere daha fazla başvuru yapıldığı görülmektedir.

Başvuru sıklığına bakıldığında ise en çok (%12) Mart ayında yapıldığı görülmektedir. Bunu sırasıyla Haziran (%9.7), Şubat (%9.7) ve Ekim (%8.7) aylarında yapılan başvurular izlemektedir. En düşük başvuru yapılan ay ise %6.2 ile Aralık olmuştur (Tablo 8). Araştırmada kadın ve erkeklerin başvuru yaptıkları aylara bakıldığında ise farklılıklar olduğu görülmektedir. Başvuru sahiplerinin cinsiyet durumları ile hangi ayda başvuru yaptıkları arasında anlamlı ($p < 0.05$) ve düşük bir ilişki ($c = 0.183$) gözlenmektedir. Buna göre kadınlar en çok Haziran (%14.1), Mayıs (%9.9) ve Mart (%9.9) ayında başvuru yaparken, erkekler ise Mart (%12.8), Şubat (%10.7) ve Nisan (%9.1) aylarında daha fazla şikayette bulunmuşlardır.

TABLO 5: Kapsam dışı nedenleri.

	n	%
Başvuruyu geri çekme	47	30.9
Yanlış kuruma giriş	31	20.4
Adli ve idari konu	29	19.1
Eksik kayıt	23	15.2
Diğer	18	11.8
Mükerrer kayıt	4	2.6
Toplam	152	100

TABLO 6: Başvuruların cinsiyete göre dağılımı.

Başvuranın cinsiyeti			Hakkında başvuru yapılan kişinin cinsiyeti		
	n	%	n	%	
Kadın	193	33.4	Kadın	154	26.7
Erkek	384	66.6	Erkek	342	59.3
Toplam	577	100	Belirtilmemiş	81	14.0
			Toplam	577	100.0

TABLO 7: Başvuru yapılan il merkezi/ ilçe hastaneleri durumu.

	n	%
İl merkezi hastaneleri	332	57.5
İlçe hastaneleri	245	42.5
Toplam	577	100.0

Hastaların en çok hakkında şikayette buldukları sağlık personeli uzman hekimlerdir. Şikayetlerin %9'u herhangi bir meslek belirtilmeden yapılmıştır. Tüm meslekler içinde hekimleri şikayet oranı ise toplam şikayetlerin yarısından fazladır (Tablo 9).

TABLO 8: Başvuruların yapıldığı ayların durumu.

	n	%
Mart	69	12.0
Haziran	56	9.7
Şubat	56	9.7
Ekim	50	8.7
Temmuz	47	8.1
Ocak	46	8.0
Eylül	45	7.8
Mayıs	45	7.8
Nisan	45	7.8
Kasım	43	7.5
Ağustos	39	6.8
Aralık	36	6.2
Toplam	577	100.0

FARKLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ANLAMLILIK İLİŞKİLERİ (ÇAPRAZ TABLOLAR)

Başvuru sahiplerinin cinsiyet durumları ile başvuru yapılan hastanenin yeri arasında anlamlı ($p < 0.001$) ve düşük bir ilişki ($c = 0.156$) gözlenmektedir. Buna göre kadınların (%69.5) il merkezi hastanelerini şikâyet oranı erkeklerden (%52.6) daha yüksektir.

Başvuruların içeriğine göre sınıflandırılması ile kurul sonucunun birleştirilmiş özeti arasında anlamlı ($p < 0.001$) ve orta düzeyde bir ilişki ($c = 0.494$) gözlenmektedir. Buna göre iletişim içerikli sorunlarda hasta lehine çıkma oranı %18.3 iken, bu

durum kırtasiyecilikte %20, işletme sorununda %33.9, bilgi-işlem sorunlarında %66.7, hizmete erişememe %51.7, tıbbi sorunlarda %8, diğer sorunlarda ise %21.1 şeklindedir. Hasta lehine sonuçlara bakıldığında, tıbbi sorunlar en az oranda olup bunu iletişim kaynaklı sorunlar takip etmektedir. Tıbbi sorunların çözümlerinde verilen kararlar incelendiğinde ise doğal olarak “teknik konu” diğer sorunlardan çok daha fazla ön plana geçtiği görülmektedir. Doğrudan ‘hasta aleyhine’ şeklinde sonuçlanma oranları açısından bakıldığında ise iletişim içerikli sorunların en yüksek oranda (%74.3) olduğu görülmektedir. Hizmete erişememe sorununda ise kurullar en az oranda (%38.3) hasta aleyhine karar vermişlerdir (Tablo 10).

Verilerden hareketle kurullar, hastaların en çok şikâyetçi olduğu iletişim kaynaklı sorunlarda daha az hasta lehine karar vermektedir. Hatta iletişim kaynaklı sorunların dörtte üçünü (%74.3) doğrudan hasta aleyhine sonuçlandırmaktadır. (Tablo 10). Kurullarda hasta lehine bile sonuçlansa, idarelerce tayin edilen muhakkiklerce çoğu soruşturmada sağlık personeli genelde kusurlu görülmektedir (Sağlık Müdürlüğü yıllık bildirimler).

TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde hastanelerde hasta hakları çalışmaları başlamıştır. Hasta hakları

TABLO 9: Başvuru yapılan görev/meslek durumu.

	n	%	Mesleği belirtilen yüzdesi (%)
Uzman hekim	225	39.0	42.9
Pratisyen hekim	63	10.9	12.0
Hemşire/sağlık memuru/ebe	63	10.9	12.0
Sekreter/güvenlik/temizlik	62	10.7	11.8
Diş tabibi	41	7.1	7.8
Diğer	30	5.2	5.7
Başhekim	23	4.0	4.4
İdari personel	13	2.3	2.5
Başhekim yrd	4	0.7	0.8
Klinik şefi/yard	1	0.2	0.2
Toplam	525	91.0	100.0
Mesleği belirtilmemiş	52	9.0	
Genel toplam	577	100.0	

TABLO 10: İçeriğe göre başvuru özeti ile kurul sonuçlarının birleştirilmiş durumu.

		Kurul sonucu-birleştirilmiş					
		Hasta lehine	Hasta aleyhine	Her ikisi suçlu	Teknik konu	Toplam	
İçeriğe göre başvuru özeti	İletişim sorunu	n	35	142	4	10	191
		İçeriğe göre başvuru özeti	%18.3	%74.3	%2.1	%5.2	%100.0
	Kirtasiyecilik	n	1	3	1	0	5
		İçeriğe göre başvuru özeti	%20.0	%60.0	%20.0	%0	%100.0
	İşletme sorunu	n	20	36	2	1	59
		İçeriğe göre başvuru özeti	%33.9	%61.0	%3.4	%1.7	%100.0
	Bilgi-işlem sorunları	n	6	0	3	0	9
		İçeriğe göre başvuru özeti	%66.7	%0	%33.3	%0	%100.0
	Hizmete erişememe	n	31	23	0	6	60
		İçeriğe göre başvuru özeti	%51.7	%38.3	%0	%10.0	%100.0
	Tıbbi sorunlar	n	6	48	0	21	75
		İçeriğe göre başvuru özeti	%8.0	%64.0	%0	%28.0	%100.0
	Diğer sorunlar	n	4	10	3	2	19
		İçeriğe göre başvuru özeti	%21.1	%52.6	%15.8	%10.5	%100.0

sisteminin hastanelerdeki en temel yapılanması, hasta hakları kurulları ile hasta hakları birimleridir. Temel amaç hastaların bir sorun yaşadığında hasta hakları birimlerine başvurması, mümkünse sorunun yerinde çözülmesi, değilse yazılı olarak başvuru alınmasıdır. Alınan başvurular “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” doğrultusunda işlemlerden geçirilerek belirli zamanlarda toplanan kurula sunulmaktadır.

Hasta hakları kurulu yarısı sivil, toplam sekiz kişiden oluşur ve başvuru varsa haftada bir kez toplanmak durumundadır. Başvuru olmasa bile en geç 15 günde bir toplanmak zorundadır. Kurula, bakanlıkça görevlendirilen hastane başhekim yardımcısı başkanlık etmekte olup, herkesin eşit oy hakkı bulunmaktadır.

Kurul yapısında iki özellik dikkat çekmektedir. Bunlardan ilkinde başvuruda bulunan hasta veya yakınının kurulda yer almamış olmasıdır. Hastanın avukatı varsa kurulda yer alabileceği ama hastanın, tekrar kendisini ifade etmek isterse, kurulda bulunabileceği ama oy hakkının olmadığıdır. Kurulun görüş oluşturan bir organ olması nedeniyle hasta veya yakınının kurulda asil üye olarak yer alması, hem kendi görüşünü ifade edebilmesini sağlayacak, hem de ‘hasta odaklı hizmet sunumu’ açısından daha uygun olacaktır. İkinci özellik ise

kurul üyeleri arasında sivil toplum kuruluşu temsilcisi, sendika temsilcisi, bir vatandaş ve il genel meclisinden bir üye bulunmasıdır. Bu yapı, toplum katılımını bir biçimde sağlamayı amaçlamakta ve bu açıdan yabancı ülkelerdeki etik kurulların yapısı ile benzeşmektedir. Bununla beraber sendika temsilcileri dışındaki üyelerin valiliklerce belirlenecek olması, uygulamanın özerkliği konusunda kaygı uyandırmaktadır. Haklarla ilgili uygulamaların toplumun her kesiminden katılıma ve özerkliğe ihtiyacı vardır.⁷

Kurulda hasta mahremiyeti korunarak, önceden yapılmış olan araştırmalar yardımıyla, “Hasta Hakları İhlali Var”, “Hasta Hakları İhlali Yok”, “Teknik Konu”, “Sistemden Kaynaklanan Sorunlar”, “Kapsam Dışı”, “Diğer” “Adli Konu” seçeneklerinden biri oy çokluğu sonucu kabul edilmektedir. Sonuç her ne olursa olsun, hastaya yazılı olarak bildirilmektedir. Oylama sonucunda eğer “Hasta Hakları İhlali Var” ve “Teknik Konu”, çıkarsa hastane başhekimliğine bildirilerek, ihlal var kararı için ilgili sağlık personeli hakkında disiplin soruşturması açması, teknik konuda ise araştırma yapılması ve sonucuna göre işlem yapılması istenmektedir.

Hasta hakları birimleri ve kurulları hasta-sağlık personeli ilişkilerinin her boyutunda önemli işlevlere sahiptir. İlk olarak hastalar herhangi bir

sorun yaşadığında sorunun kimden ve nerden kaynaklandığına bakılmaksızın doğrudan hasta hakları birimine başvuru yapabilmektedir. Konya'da toplam şikayetlerin %5'ine yakını başhekim ve başhekim yardımcısı hakkında olmuştur. Yani hastalar kısıtlanma olmaksızın özgürce hakkını arama şansına sahiptir. Yine hasta hakları birimlerine 2009 yılında 2 051 civarı başvuru olmuş, bunlardan sadece %31'i şikayet şekline dönüşmüştür. Sorunların üçte biri ise hemen yerinde hasta hakları birimlerinde çözülmüştür (Sağlık Müdürlüğü yıllık bildirimler).

Doğru şekilde yapılan iletişim anlaşabilmeyi büyük ölçüde sağlamaktadır. Tam tersi bir durumda ise, insanları her türlü olumsuzluğa götürmekte, üzüntülere, sert tartışmalara en önemlisi de ciddi güven bunalımlarına neden olabilmektedir. İşte bu noktada sağlık personeli ile hasta arasında doğru tekniklerle yapılan, güvene dayalı anlamayı ön planda tutan bir iletişim anlayışı tesis edilmelidir.

Bazen de hekim-hasta iletişimde mesleki terimlerin kullanılması bazı sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Hastanın bu terimsel ifadelerden uzak olması, kendi sağlığı ile ilgili verilen bilgileri anlamamasına neden olmaktadır. Öte yandan hekim tıbbi sözcükleri hastaya anlatırken zorlanmakta, tıp dilindeki iletişim ona daha ekonomik gelmektedir. Bu durumda hastaya bilgi verirken anlamaya dayalı önemli sorunların oluşmasına neden teşkil etmektedir.⁸ Bu da teoride bilgi vermekten kaçmayan, bilgilendirmeye karşı olmayan ama uygulamada hastayla anlamaya dayalı bir iletişimde bulunamamalarına neden olabilmektedir.

Hastanelerde hizmet sunmanın diğer hizmet sektörlerine göre oldukça zor yönleri bulunmaktadır. Çünkü hizmet işletmelerine bakıldığında üretimin soyut olduğu görülmektedir. Yapım işletmelerinde ise ürün fizikseldir. Hizmet işletmelerinin bir diğer önemli özelliği, emek yoğun teknolojiyi kullanmalarıdır. Gelişmiş teknik donanımı kullanmalarına karşın sağlık kurumları emek yoğun teknolojiye sahiptirler. Yapılan araştırmalar sağlık kurumlarında toplam maliyetlerin %60-70'inin insan kaynakları maliyetlerinden oluştuğunu ortaya koymaktadır.⁹

İnsanlar satın almayı düşündükleri ve satın aldıkları hizmetlerin kullanımı sonucunda, fiziksel ve zihinsel ihtiyaçlarını gidermeyi amaçlamaktadırlar. Hastaların sadece kendi belirledikleri ihtiyaçlarını gidermek, onları tatmin etmek yeterli olacaktır. Ancak, hastalar bazı ihtiyaçlarının farkında iken, doğal olarak bazı ihtiyaçlarının da farkında değildir. Genellikle sağlık boyutu hakkında derinlemesine bilgi sahibi olmadığı gibi hatta bunun farkında bile değildirler. Medikal ihtiyaçlar genellikle hastalara hizmet veren hekimlerce belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin, diğer piyasa ürün ve hizmetlerinden temel farklılığı, bu noktada ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talep, çoğu zaman kullanıcı tarafından değil, hizmet sunucusu tarafından belirlenmektedir.³

İnsan odaklı hizmet sunumlarında da hata, ak-sama, kusur gibi insani eksikliklerle karşı karşıya gelme sıklığı artmaktadır. Bunun yanında hata gibi görülmeyen ama aslında birçok soruna başlangıç olan iletişim bozuklukları da hizmet sektörlerinin ciddi açmazlarından. Özellikle sağlık sektöründeki hastaya dönük sorunlarda neden-sonuç ilişkisinde çoğu zaman tıbbi gerekçelerde çözüm aranırken, meselenin sosyal boyutları göz ardı edilebilmektedir. Araştırmamızda da görüldüğü gibi, hastaların şikayetlerinin en büyük nedenini (%40.4) iletişim kaynaklı sorunlar oluşturmaktadır. (Tablo 2). Konuyla ilgili olarak literatür taramasında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat hasta-sağlık personeli ilişkisinin iletişimle ilgili boyutundaki bazı çalışmalara bu bölümde yer verilmektedir.

Burada yine bir sorun karşımıza çıkmaktadır. Hasta odaklı hizmet anlayışı son yıllarda iyice gündemimize girmiş ve benimsenmeye başlanmıştır. Hasta odaklı bakışta hastaların bilgilendirilmesi, onamının alınması ve tedavi süreçlerine katılması merhaleleri önemlidir. Tıbbi konularda yeterli bilgi birikimine sahip olmayan hatta olması da beklenmeyen hastalık hallerinde sağlık personelinin iletişim becerisi süreçlerin sağlıklı olup olmamasını etkileyen önemli bir unsur haline gelmektedir.

Sağlık personeli ve hastanın birbirini etkilemesi üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların kişisel konuşmayı doktorlarla kendiliğinden yapmadığı

görülmüştür. Fakat doktorlar hastalara arkadaşça davrandıklarında onların daha fazla soru sordukları ve daha fazla görüş önerdikleri ortaya çıkmıştır. Buna ilaveten, eğitilmiş hastalar daha fazla soru sormakta ve daha fazla görüş önermekte ve endişelerini daha iyi ifade etmektedirler.⁴

Bir başka çalışmada ise araştırmacılar 200 doktor-hasta görüşmesi üzerinde gözlem yapmışlardır. Bu gözlemlerden çıkan yaygın birinci görüşe göre, hastaların medikal görüşme esnasında doktorlara ne sorduklarının üzerinde netlik yoktur. Çoğu hasta sorularını formüle etmemektedir. Doktorların söyledikleri ve gerçekleştirdiklerini anlamaksızın, bazıları hastalığının açıklanması veya tedavilerinin kabulünü takip etme çabalarını ön planda tutmaktadırlar. Böylece kültürel ve kişisel faktörler, ek olarak hastanın bilgilendirmesine uyumlu ve gönüllü olmasında etkilidir. Bunda hastanın hastalığı ve sorunu hakkındaki bilgi birikimleri, soru hazırlamada yetenekleri, spontan soruları, süreçler ve sonuçlar safhasında bilgilendirme önem taşımaktadır.¹⁰

Hekim-hasta iletişimde, hekim alıcı ve kaynak durumunda bulunmaktadır. Hekim ne durumda olursa olsun, hasta tarafından yetkeci (otoriter) ve yetkili bir insan olarak değerlendirilmektedir. Bu güç otoritesinin varlığından dolayı hastada endişe, kaygı ve korku olabilmektedir. Bu nedenle hekimle-hasta arasında sağlıklı iletişim kurulamaz. Eğer hekim kendini güç otoritesi kullanmakta haklı görürse hastadaki endişe, kaygı ve korkuyu arttırmaktadır. Bunun tam tersi olursa da yani hekim aşırı hoşgörülü, sevecen ve yumuşak davranırsa, bu durumda da hasta hekimin önerilerini dikkate almama davranışı gösterebilmektedir.¹¹

Hekim-hasta ilişkisinde, hekim hasta etkileşiminin amaçları, hekimin zorunlulukları, hastanın değerlerinin rolü ve hastanın özerkliği kavramı oldukça önemlidir.¹² Bu kavramlar çerçevesinde gerçekleştirilecek iletişim boyutlu girişimlerin, hasta ve yakınlarında pozitif tutum değişikliğine neden olması, tedavi ve süreçlerine uyumlu olmasında önemli etken olacağı göz önünde tutulmalıdır.

Hasta-sağlık personeli iletişimde özellikle, hastaların veya hasta olmayıp sağlık personeline bir konuda danışanların çok değişik iletişim ihtiyaçla-

rı olabilmektedir. Bu kişiler öneriye, güvenceye, danışmaya veya sosyal ilişkilere ihtiyaç duyabilmektedirler. Sağlık personelinin bu ihtiyaçları ne derecede karşılayabileceği onun iletişim bilgi, beceri ve deneyimine bağlıdır.¹³

Son sınıf tıp fakültesi öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada ise varılan sonuç olarak; tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin öncelikle hasta-hekim iletişimi başta olmak üzere çeşitli klinik beceriler açısından daha geniş bir eğitim almaları gerektiği düşünülmüştür.¹⁴ Bu elde edilen sonuç yapılan araştırma sonuçları ile birbirini destekler niteliktedir.

Hastanelerde sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta hakları uygulamalarına dönük bir çalışma yapılmıştır. İstanbul'da hemşirelik yüksek okulunda eğitim gören öğrencilere yönelik yapılan bu çalışmada, öğrencilerin iki üniversite hastanesindeki hasta hakları uygulamalarına ilişkin gözlemlerini belirlemek amaçlanmıştır. Elde edilen sonuca göre, özetle 'insan hakları ve değerlerine saygı, bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel yaşama saygı' konularında klinik uygulamalarda bazı eksiklikler olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, 'bakım ve tedavi alma hakkı'nın çoğunlukla uygulandığı, 'başvuru hakkı'nın gözlemlenemediği belirlenmiştir. Araştırmacılar buradan hareketle ülkemizde, son yıllarda daha fazla önem verilmesine rağmen hala uygulamada bazı eksikliklerin görüldüğünü vurgulamaktadırlar.¹⁵

Hasta hakları kurullarının başvurular hakkında yaptıkları toplantılarda, bazen sağlık personeline yaptırım kararı çıkmasının yerine sisteme yönelik öneriler getirmekte ve birçok yapısal çözümlerin yolunu açmaktadır. Kurul sonucunda hastalara ayrıntılı bilgi yazısı gönderilmesi de bir anlamda hastanın doğrudan eğitimine neden olmaktadır. Çünkü hastalar haksızsa nedenini öğrenmekte veya gerçek aksamanın nerden ve kimden kaynaklandığı hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Bu nedenledir ki hasta-sağlık personeli ilişkilerinde hasta hakları uygulamaları ciddi bir önem arz etmektedir.

Hastanelerde hasta hakları konusunda görev yapan sağlık personeli, bazen yaptıkları işten dolayı sıkıntılar yaşamaktadır. Hasta hakları kavramı,

sağlık personeline karşıymış gibi bir anlam çağrıştırdığı için, bu birimlerde çalışanların sağlık personeline bazı tepkileriyle karşılaşabilmektedir. Ama hasta hakları aslında karşılıklı iletişimi düzeltmek ve bunları kurala bağlamak için vardır. Hasta hakları sağlık personelinin de haklarını gerektiğinde korumaktadır. Bu gerçek anlaşıldıktan sonra hastanelerde yaşanan bu sıkıntılar, gün geçtikçe azalmakta ve bu birimin varlığı sağlık personelinin de eskisi kadar rahatsız etmemektedir.

Hasta hakları kavramıyla ilgili öncelikle şu kabul edilmelidir: Her hasta başvurusu sağlık personelinin kaynaklanmadığı gibi, sağlık personelinin kasıtlı bir fiili de buna yol açmamaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun doğasından kaynaklanan bazı zorluklar, hasta sağlık personeli arasındaki istenmeyen anlaşamama çoğu zaman yeter sebeptir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta-sağlık personeli ilişkisinin tanı tedavi süreçlerine pozitif katkısının varlığı artık herkesçe kabul edilmektedir. Sağlık nedeniyle karşılaşan bu iki grup arasında yaşanabilecek olumsuz iletişim veya anlaşılama gibi iletişimin başarısızlığında hastalar olumsuz etkilenmektedir. Tedavi sürecinde hastaya en ciddi katkısı “güven” duygusunun zedelenmesi veya oluşmaması da hastaları farklı yer ve kişilerle yeni görüşmelere itebilmektedir.

Yaptığımız çalışmada da görüldüğü üzere, iletişim kökenli sorunlar hasta-sağlık personeli karşılaşmasında en önemli olgu haline gelmiştir. Hatta hasta-sağlık personelinin sağlık nedeniyle bir araya gelmeleri sonucunda yaşanan memnuniyetsizliklerin sadece %17.9’unun tıbbi sorun olması düşündürücüdür. Ve yine en çok iletişim kökenli sorunlar şikayete konu edilmişken kurulların bu konuda hasta lehine karar oranlarının düşüklüğü de bir başka düşündürücü tespittir.

Kurulların iletişim kaynaklı başvurularda hasta aleyhine daha fazla karar vermelerinin birçok sebebi olabilir: -Kurulların yapısından kaynaklanabilir, -İletişim sorunları genelde soyut olduğu için ispatlanma zorluğu çekilebilir, - Çoğu zaman olayların tıbbi boyutu ön planda tutuluyor olabilir, -Hizmete ulaşan bir hastanın diğer hakları önemsiz algılanabilir.

Şimdi önermelerimizi kısaca açıklamak, anlaşılabilirlik açısından fayda sağlayacaktır. Kurulların yapısından kaynaklanan sorunlara bakacak olursak, öncelikli olarak kurullarda sağlık personeli ağırlığının mevcut olduğunu görürüz. Çünkü kurullar her ne kadar yarısı sivillerden oluşuyorsa da hastanın avukatının kurula katılması gerçekleşmemektedir. Çünkü çoğu zaman avukatlık süreci kurul bittikten sonra başlamaktadır. Yine kurulların sivil üyelerinin devam durumu resmi üyelere göre daha istikrarsızdır.

İletişim kökenli sorunlar doğası gereği soyut ve ispatlanması zordur. Yine hasta odalarında yaşanan sorunlarda ortamda bulunan hasta ve yakınının sınırlı olması, fiziki müdahaleye varmamış tartışmalarda karar vermeyi güçleştirmektedir. Çoğu kurulda hastanın iddiası ile sağlık personelinin cevabı arasında uçurum bulunmaktadır. Elde edilen veriler ışığında kurul üyelerinin karar vermesi güçleşmektedir.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği öncelikle hastaya tıbbi hizmet verilmesi davranışı, hizmet sunumundaki diğer ciddi konuların istenmeden de olsa göz ardı edilebilmesine neden olmaktadır. Kuruldaki sağlık kökenli üyelere, hastanın tıbbi tedavi almasının kayıtlarını dikkate almakta olup soyut konuları göz ardı edebilmektedir. Yine hastanın sadece sağlık hizmetine ulaşmasının yeterli olduğu gibi bir kanının varlığı da söz konusudur.

Sonuç olarak sağlık hizmeti sunumunda sağlık personeli-hasta ilişkisinde anlamaya dayalı iletişim geliştirilmesi için öncelikle sağlık personelinin eğitim süreçlerine tabi tutulması gerekmektedir. Hatta mümkün olduğunca, hastalara da bazı temel sağlık becerileri üzerine bilgiler verilebilir. Yine hasta hakları kurullarının yeniden gözden geçirilmesi, sivil üyelerin devamının sağlanmasına dönük çalışmalar yapılması, kurulun sağlık personeli üyelerinin eğitime tabi tutulması ve verdikleri kararların yol açabileceği olumsuzlukların neler olabileceğinin farkındalığının sağlanması gerekir. Belki de tarafsızlık ögesine daha fazla sadık kalınabilmesi için her hastanenin bir hasta hakları kurulu olması uygulamasının terk edilerek yerine bölge tabanlı hasta hakları kurullarının getirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özlü T. [Conclusion]. Hasta Hakları. Hakkınız Var Çünkü Hastasınız. 1. Baskı. İstanbul: Timaş Yayınları; 2005. p.300-3.
2. Kardeş S. [Healthcare service marketing and increasing effectiveness in hospitals]. Seçim H, editör. Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar). 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 1995. p.297-309.
3. Engiz O. [Patient satisfaction in healthcare servise]. Hayran O, Sur H, editörler. Hastane Yöneticiliği. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1997. p.61-87.
4. Street Jr, Richard L. Communication in medical encounters: an ecological perspective. In: Teresa LT, Alicia MD, Katherine IM, Roxanne.P, eds. Handbook of Health Communication. 1st ed. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2003. p.63-89.
5. Karasar N. [Method]. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık; 1984. p.78-260.
6. Gökçe O. [Methodological Framework of the Content Analysis]. İçerik Çözümlemesi. Teori-Metod-Uygulama. 3. Baskı. Konya: Selçuk Üniversitesi Yaşatma ve Geliştirme Vakfı Yayınları; 2001. p.2-24.
7. Önal G, Civaner M. [The directive for practice of patient rights: a step to putting into practice the patient rights in Turkey]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13(3):203-8.
8. Açıkalin I. [A research on the useage of Turkish medikal language for doctor-patient communication]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1997;5(1):64-7.
9. Kavuncubaşı Ş. [Health Services and Healthcare Institutions]. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2000. p.33-56.
10. Cegala DJ, Broz SL. Provider and patient communication skills training. In: Teresa LT, Alicia MD, Katherine IM, Roxanne.P, eds. Handbook of Health Communication. 1st ed. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2003. p.95-119.
11. Köknal Ö. [Health of Spirit]. Genel ve Klinik Psikiyatri. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1989. p.1-16.
12. Odabaşı AB, Büken NÖ. [Informed consent and ethical decision making in the end of life: Hacettepe example]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(5):1041-54.
13. Özalın G. [Communication]. LEMON Eğitim Rehberi. Üçüncü Bölüm. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1998. p.1-2.
14. Özçakır A. [Should communication and clinical skills training be given in medical education?: Opinions of the intern students]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2002;22(2): 185-9.
15. Kaya H, Acaroğlu R, Aştı T, Kaya N, Şendir M. [Patient's rights execution and limitationin practice; nursing students observation]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2006;14(3): 140-4.